



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO:
**EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO Y PROPUESTA DE UNA CLÍNICA DE ATENCIÓN CON
ENFOQUE DE RIESGO**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
DRA. DIANA NATALI CHÁVEZ PAVÓN

Asesores:

Dr. Ricardo Juan García Cavazos
Asesor Metodológico

Dr. Rafael Gerardo Buitrón García Figueroa
**Encargado de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de
México**

Ciudad de México, Julio 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Con dedicatoria:

...a mis padres, Diana y Manuel †, por brindarme la oportunidad de ser una profesionalista, quienes con amor, esfuerzo y sacrificio me dieron las herramientas necesarias para lograr mi meta.

...a mis abuelos, Mamá Yola y Papá Manuel †, por ser ejemplo de amor, trabajo, lucha y superación, por ser los pilares que sostienen a nuestra familia.

Agradezco:

...a mi hermano, por creer en mí siempre, por alentarme a seguir adelante y no desistir; por ser incondicional.

...a Carlos Terreros, por el amor, apoyo, paciencia y tolerancia cuando el cansancio hacía los días difíciles, por estar en los mejores momentos y también en los no tan buenos. Por ser mi compañero y cómplice. Te amo.

...a mi familia, padrinos, tíos y primos, por el cariño, el apoyo y comprensión en los días de ausencia, por hacerme saber que cuento con ustedes siempre.

...al Dr. García Cavazos, por su compromiso y entrega a favor de la enseñanza, por su paciencia y sabiduría, que hicieron de esta tesis un logro.

...a mis maestros por contribuir a mi formación profesional, con sus enseñanzas, ejemplo y paciencia.

...a mis amigas y a la vez compañeras de generación, porque sólo nosotras sabemos lo que pasamos en estos 4 años de convivencia diaria, porque juntas hemos luchado y logrado llegar al término de esta aventura llamada Residencia.

Diana Natali

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna e infantil. A nivel mundial, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio son la segunda causa de muerte entre las adolescentes. Según el Banco Mundial en México en el 2017, la Tasa de fertilidad en adolescentes fue de 60%. Lo que refleja el problema de salud que se presenta en México.

Objetivo: Analizar las complicaciones que se presentan en las pacientes adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospital General de México en el Servicio de Ginecología y Obstetricia y su desenlace obstétrico y perinatal en dos grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

Material y Método: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Se estudió la población de pacientes adolescentes entre 10 a 19 años de edad, clasificadas por grupo etario de 10 a 14 y 15 a 19, que tuvieron la atención prenatal y resolución obstétrica en el Hospital General de México. Comparando con el resto de la población de mujeres embarazadas atendidas en el mismo periodo. En el periodo de 01 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2018, se dio atención obstétrica a 615 pacientes adolescentes.

Resultados: De las 615 pacientes adolescentes, 23 (3.73%) pertenecen a la edad de 10 a 14 años (Grupo A) y 592 (96.2%) de 15 a 19 años (Grupo B). Las alteraciones registradas y atendidas fueron: Diabetes Gestacional, en Grupo A no se presentó ningún caso y en el Grupo B se registra 19 casos (3.21%), comparado con el Grupo C (mayor o igual de 20 años) donde se registraron 269 casos (11.24%); en Hipotiroidismo no se presentaron casos en el Grupo A y en el Grupo B se identificó 8 (1.35%), comparativamente con el grupo C donde se registran 167 (6.98%); en lo que respecta a EHAE no se presentaron casos en el Grupo A, en el Grupo B hubo 28 casos (4.73%), en el Grupo C se registraron 259 casos (10.82%). En el estudio de RPM en el Grupo A se registraron 6 casos (26.09%), en el Grupo B con 124 casos (20.95%) y el Grupo C con 483 casos (20.18%). En la APP en Grupo A no hubo casos, en el Grupo B se registraron 6 casos (1.01%) y el Grupo C con 33 casos (1.38%). En Sepsis Puerperal en el Grupo A no se registraron casos, en el Grupo B hubo un caso que representa el 0.17% y en el Grupo C 10 casos (0.42%). En Hemorragia Obstétrica en el Grupo A se registró un caso (4.35%), en el Grupo B 25 casos (4.22%) y en el Grupo C 59 casos (2.46%).

Referente al estudio de la resolución del embarazo, del total de abortos registrados, en el Grupo A solo hubo 1 caso (0.86%), Grupo B: 41 casos (17.01%) y en el Grupo C: 199 casos (82.57%). En lo que respecta a partos en el Grupo A se presentaron 15 casos (0.86%), en el Grupo B: 492 casos (28.05%) y en el Grupo C: 1247 casos (71.09%). En las Cesáreas, en el Grupo A se presentaron: 10 casos (0.72%), en el Grupo B 223 casos (16.11%) y en el Grupo C 1151 casos (83.16%). En lo que comprende complicaciones del recién nacido, se identificó que lo que presentaron RCIU de Grupo A fue un caso (4.35%), Grupo B 30 casos (5.07%) y Grupo C 157 casos (5.56%). Lo que se identificó en recién nacidos macrosómicos: Grupo A 1 caso (4.35%), Grupo B 50 casos (8.45%) y Grupo C 214 casos (8.94%). Los recién nacidos prematuros, no se presentó ninguno en el Grupo A, en el Grupo B fueron 64 casos (10.81%) y Grupo C 289 casos (12.07%).

Así mismo se observó los métodos de planificación familiar que elegían las pacientes, encontrando que en Métodos hormonales el Grupo A hubo 10 usuarias (0.99%), Grupo B 271 usuarias (26.75%) y Grupo C 732 usuarias (72.26%). En el uso de DIU, en el Grupo A se registraron 6 usuarias (2.53%), Grupo B 66 usuarias (27.85%) y Grupo C 165 usuarias (69.62%). La OTB en el Grupo A no hubo ningún caso, en el Grupo B 29 casos (3.39%) y en el Grupo C 827 casos (96.61%).

Conclusión: Como conclusión se determina que el embarazo en adolescente es un problema de salud pública no solo en México, sino a nivel mundial, por lo cual es necesario orientar su prevención y atención a través de un modelo que genere equidad-igualdad para reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. La creación de una clínica de atención con enfoque de riesgo en esta población es una opción de disminuir las complicaciones que actualmente se presentan en esta población.

Palabras clave: adolescencia, embarazo de riesgo, complicaciones maternas, complicaciones fetales, resolución del embarazo, método de planificación familiar.

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN-----	1
2.-METODOLOGÍA-----	12
3.-RESULTADOS-----	15
4.-CONCLUSIÓN-----	33
5.-PROPUESTA DE CLÍNICA CON ENFOQUE DE RIESGO-----	34
6.-REFERENCIAS-----	41
7.-ANEXOS: -----	43

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APP: Amenaza de parto pretérmino.

CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

CPN: Control prenatal.

DIU: Dispositivo intrauterino de cobre.

EA: Embarazo adolescente.

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

ENAPEA: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

ENAPEA: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

HGM: Hospital General de México.

HO: Hemorragia Obstétrica.

INEA: Instituto Nacional para la Educación de los Adultos.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

MPF: Método de planificación familiar.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OTB: Oclusión Tubaria Bilateral.

RCIU: Restricción del crecimiento Intrauterino.

RPM: Ruptura prematura de membranas.

SINAC: Sistema de Información sobre los Nacimientos.

1.-INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. (1)

Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la línea de vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, de cambios y transformaciones, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos y bajo los determinantes sociales, económicos y políticos de un país. (1)

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. (1)

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen en esta etapa afectan a todos los aspectos de la vida de las y los adolescentes. Esos cambios hacen que la adolescencia sea un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de un buen desarrollo y una buena salud en la edad adulta.(2) Dando pauta a un desarrollo que debe completarse desde el punto de vista epigenético, por lo cual es necesario un tiempo para fortalecer el éxito reproductivo y evitar complicaciones o riesgos maternos, fetales y neonatales y así reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal y neonatal.

La adolescencia es un período de la vida con necesidades específicas de salud y de derechos. De igual modo, es un tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, y adquirir los atributos que serán fundamentales para disfrutar de los años de la adolescencia y en futuro muy cercano asumir roles adultos.(3)

Es una etapa clave en el desarrollo de las personas y se espera que se transite hacia un desarrollo digno y autónomo, con gran capacidad de decisión sobre su destino.(4)

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, a nivel mundial este es irregular, y México no escapa a ésta tendencia en desequilibrio, en las tasas de natalidad mundial, entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre mujeres de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.(5)

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes y las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 mujeres, siendo las más altas las del África Subsahariana.(5)

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (5)

Epidemiología mundial

A nivel mundial, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 adolescentes. Cada año se practican aproximadamente 3 millones de abortos de alto riesgo entre mujeres de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.(5)

En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal / perinatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. (5)

El Banco Mundial reporta que en América Latina y el Caribe se presentan las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15

y 19 años), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). (6)

De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años. (5)

Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente.(5)

El embarazo adolescente y el matrimonio infantil afectan negativamente la salud, la permanencia y desarrollo escolar, los ingresos, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas, de calidad y de desarrollo humano. Tal es el caso de las mujeres dentro del grupo de edad de 15 a 19 años que se casaron o unieron (12.2%) o por embarazo o maternidad 10.5%, abandonan la escuela.(7)

Epidemiología en México

En México en 2017 vivían 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años, prácticamente la mitad (11.3 millones) tiene de 10 a 14 años y 11.1 millones entre 15 y 19. (4)

En 2013, en Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero y Nayarit más del 19% de los nacimientos fueron de adolescentes, comparado con menos del 16% en el Distrito Federal, Nuevo León y Querétaro. En términos de fecundidad, la ENADID 2009 señala que el promedio nacional de nacimientos de las mujeres de 15 a 19 años fue de 69.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres. Zacatecas, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Colima, Morelos, Oaxaca, Nuevo León y el Distrito Federal tuvieron tasas menores de 65 por cada 1,000; mientras que Quintana Roo, Nayarit, Chiapas, Durango, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua y Jalisco tuvieron tasas mayores a 75 por cada 1,000.(2)

La entidad federativa en que la proporción de mujeres con discriminación laboral por motivos de embarazo más alta es Chihuahua, entidad que se ha distinguido por una notable expansión industrial, con 29.8%, es decir, una de cada cuatro mujeres ha sido discriminada en su trabajo por ese motivo. Le sigue otro estado del norte del país: Baja California, con 26.7 por ciento. Por otro lado, las entidades con menor discriminación laboral por razones de embarazo son Guerrero (7.5%) y Colima (7.6%). (7)

La tasa de niñas y adolescentes de 10 a 14 años, según los datos estimados por la SG del CONAPO, a nivel nacional se observa un aumento entre 2012 y 2015, año de implementación de la ENAPEA, pasando de una tasa de 1.9 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes en 2012 a 2.1 en 2015. (4)

Estimaciones de la SG del CONAPO señalan que si bien en 2012 alcanzó su máximo con 77.0 nacimientos por cada mil adolescentes, para 2015 la tasa de fecundidad en este grupo de edad disminuyó a 74.4 nacimientos, lo que representa una diferencia porcentual importante de 3.4 puntos entre ambos años. (4)

En nuestro país viven 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años. (2) El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. (2)

Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos. (8)

Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años.(8) Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es muy volátil de un año a otro y el riesgo de complicaciones médicas es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad.

En relación con el aborto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto. Otros estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada mil en los estados fronterizos del norte. (9)

La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el año 2000 a 9.5 en el 2010. (10)

Valencia y Schiavon analizaron el Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) entre 2008 y 2011 encontrando que “se certificaron 8,263,020 nacimientos, de éstos, 0.7% pertenecen a adolescentes muy jóvenes, en el grupo de edad de 10-14 años; 18.9% fueron en adolescentes entre 15 y 19 años; 29.5% en mujeres del grupo de 20-24 años; 24.5% en el grupo de 25-29 años y finalmente, 25.7% en mujeres de 30 años y más.” (11)

Las adolescentes indígenas tienen una tasa de fecundidad más alta que las no indígenas. La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad hablantes de una lengua indígena es de 96.7 por 1,000 mujeres; la de las no indígenas, de 68 por 1,000. En el país existen alrededor de 1.4 millones de adolescentes que hablan alguna lengua indígena. Las entidades con mayor porcentaje de adolescentes que son hablantes de lengua indígena son Chiapas (29%) y Guerrero (28%). Chihuahua, San Luis Potosí, Oaxaca, Michoacán, Veracruz, Puebla e Hidalgo tienen un porcentaje mayor a 19% es decir, más del triple del promedio nacional (6.3%). Entre las adolescentes hablantes de lengua indígena existe una menor permanencia en la escuela, ya que cerca del 35% de la población adolescente indígena de 10 a 19 años y casi la mitad que se encuentra entre los 15 y 17 años de edad no asisten a la escuela.(2)

Los y las adolescentes indígenas, por lo tanto, son otro segmento diferenciado que deben alcanzar los programas de aumento de cobertura escolar y los de SSR. (2)

La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años es menor según el tamaño de la localidad de residencia: en áreas rurales (65.3 por 1,000) la fecundidad es mayor que en localidades de 2,500 a 14,999 habitantes (62.4 por 1,000), respecto de las de 15,000 a 99,999 habitantes (57.6 por 1,000) y las de 100,000 o más habitantes (49.7 por 1,000 mujeres). (12)

En el 2017 se registraron 3191 nacimientos, en el Hospital General de México, de los cuales se encontró que 652 pertenecían a adolescentes lo que representa el 20.4% de estos nacimientos.

De las principales patologías que complican los embarazos en esta población, la complicación más frecuente fue la ruptura prematura presentando se en el 18.1%, en segundo lugar, de frecuencia fue los trastornos hipertensivos del embarazo que se presentaron en el 16.4%, la tercera complicación más frecuente fue la hemorragia

obstétrica, siendo el 9.1% de la población en estudio. Se encontró que la diabetes gestacional se representó en el 5.2% de la población, lo que la ubica en el cuarto lugar junto con la corioamnioitis con un 5.2%.(13)

Impacto social

El embarazo a edades tempranas generalmente es un problema con consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes y para sus hijos e hijas. Se le considera un problema de salud pública, ya que afecta negativamente en la salud de las mujeres adolescentes y en la de sus hijos/hijas; una de las aristas que genera desventajas es el problema de la educación porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; en lo económico condiciona mano de obra barata y bajos ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad, y el desarrollo humano sustentable, y es en todo caso un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.(2)

Ser madre y padre adolescente suele desencadenar, sin distinciones socio–económicas, condiciones de vulnerabilidad para este sector, que suelen asociarse a: falta de preparación educativa en el tema de salud sexual y reproductiva, a la probable deserción escolar, características del desarrollo cognitivo, físico y psico–socioemocional en esa etapa, la adopción de papeles de género tradicionales, así como a la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo humano considerando su ámbito socio–cultural. Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo familiar/social (en las escuelas, en sectores de salud, en las comunidades, en ámbitos religiosos, por ejemplo).(2)

Un embarazo durante la adolescencia puede considerarse como dramático, tanto en lo personal como a nivel social, independientemente del estrato social del que procedan, porque:

- Con frecuencia es no planeado y/o no deseado.
- Si lo es, no se tienen muchas alternativas para cubrir de la mejor manera todas las necesidades que requerirá la madre durante el mismo, y del hijo/hija al nacer.

- Las y los adolescentes lo ven como una forma de destino de mujeres (y hombres) ante la falta de alternativas, donde se involucran aspectos culturales y de hábitos y costumbres regionales.
- Desencadena eventos como uniones o matrimonios prematuros, en los que la pareja puede o no estar de acuerdo.
- Puede reproducir el círculo de pobreza de madres y padres adolescentes, o iniciarlo cuando la economía doméstica no lo podrá proteger por falta de: empleo, redes sociales de apoyo, entre otros.
- Se genera una mayor exposición a situaciones de inseguridad, desprotección y maltrato.
- Si se casan, tienen un mayor índice de riesgo de divorcio, con las consecuencias del asunto, ya que muchos padres se niegan a dar pensión alimentaria, se ha observado que el divorcio y/o la separación son cuatro veces más altos entre parejas casadas durante la adolescencia que entre los matrimonios consumados a edades más tardías.
- Los embarazos de mujeres adolescentes se vinculan a la muerte materno-infantil, y al aborto.
- La inversión en el trayecto educativo de las niñas y niños adolescentes, tiene repercusiones como abandono escolar, baja calidad en sus estudios al atender otras responsabilidades, entre otras.
- Puede ser utilizado como pretexto para requerir y ofrecer trabajo a menores de edad en condiciones de explotación.

Tomando en cuenta lo previamente establecido, es importante hacer un análisis de la situación actual de este grupo etario, exponiendo fielmente las complicaciones, así como las repercusiones bio-psicosociales que implica el embarazo en adolescentes. Lo que nos obliga a proponer un plan de acción específico para combatir éste problema de salud.

Programas de atención en adolescentes

La experiencia de los programas institucionales dirigidos a adolescentes ha sido muy valiosa, pero los resultados obtenidos han sido limitados por insuficiente: cobertura, financiamiento, continuidad de los programas y estrategias, coordinación entre las

instituciones, y documentación y evaluación robusta de los modelos de intervención; ello ha impedido conocer la efectividad de las intervenciones. (2)

El análisis sistematizado evidencia el poco involucramiento de adolescentes en el diseño y evaluación de las políticas y programas dirigidos a ellos y ellas.

Las instituciones deben identificar las barreras institucionales, jurídicas y médicas que enfrentan las y los adolescentes para acceder a los servicios que ofrecen y los obstáculos en la provisión y abasto de métodos anticonceptivos.(2)

Una carencia importante ha sido la poca atención a las y los adolescentes que no asisten a la escuela, que son los más expuestos a los embarazos, y la falta de estrategias diferenciadas para atender a la población adolescente casada o unida y soltera, que trabajan y que no trabajan, indígenas y otros segmentos diferenciados. (4)

Las campañas de comunicación han demostrado en México su efectividad e impacto para modificar comportamientos sexuales y reproductivos, pero no han tenido continuidad.

Han sido pocas las campañas dirigidas a adolescentes y menos las dirigidas a otros segmentos de esta misma población.

Los servicios amigables desarrollados por las diferentes instituciones de salud no han compartido criterios e indicadores mínimos, no se han apegado necesariamente a la evidencia internacional existente sobre la efectividad de los diferentes componentes, y su efectividad no ha sido evaluada rigurosamente. (2)

Los esfuerzos se han centrado en las unidades de primer nivel y no han incluido a las del segundo nivel de atención (especialmente post–evento obstétrico), a escuelas y a otros centros. (2)

El marco legal vigente es insuficientemente conocido por las y los prestadores de servicio, lo que ocasiona que no se ofrezcan los servicios y se violente el principio de confidencialidad al permitir o exigir la presencia de los padres y/o madres. (2)

En materia de Educación integral en sexualidad, existen avances en cuanto a la inclusión curricular de contenidos educativos sobre el tema en la educación básica y en la formación continua de docentes, y algunos incipientes avances en la inclusión de la comunidad escolar; también se ha iniciado la consideración de la contextualización y diversificación de contenidos sobre el tema de salud en la educación indígena y migrante

de educación básica; sin embargo se ignora cómo se desarrolla la práctica docente en las aulas y se sospecha que se omite la presentación de temas clave.(4)

Existe documentación insuficiente y asistemática sobre la articulación del trabajo docente con madres y padres, el desarrollo de actividades comunitarias y la vinculación con los servicios de salud, y se carece de modelos de intervenciones efectivas que hayan sido evaluados apropiadamente. (2)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México no escapa a la gran problemática en salud pública que desencadena el embarazo en adolescentes, por lo que impacta en los aspectos personales, sociales, económicos, políticos y en salud al presentarse desventajas que colocan a la mujer adolescente en condiciones de vulnerabilidad global tanto a ella como a su hijo/hija para la calidad de vida futura. En México no se ha logrado reducir significativamente el embarazo en adolescentes en los últimos 15 años incluyendo el grave problema del embarazo en niñas de 10 a 14 años.

El hospital General de México dentro del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en el año 2018, se atendieron 3009 nacimientos, de los cuales 615 fueron en pacientes adolescentes, siendo 23 pacientes las que se encontraban en el grupo de edad de 10 a 14 años y 592 de 15 a 19 años, lo que representa el 20.4% de las pacientes obstétricas adolescentes atendidas en esta institución.

Por lo que es importante garantizar el acceso y la calidad del servicio a esta población con alto riesgo obstétrico, lo que impactaría en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil por causas directas e indirectas y lograr la prevención futura a través de la planificación familiar.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En México el embarazo en adolescentes es un grave problema de salud pública.

Tomando en cuenta que una adolescente embarazada tiene dos veces más riesgo de morir por causas relacionadas embarazo, parto o puerperio; tiene tres veces más riesgo de que sus hijas e hijos mueran durante los primeros 28 días. Además, cuatro de cada 10 mujeres adolescentes que se embarazan dejan la escuela.

La maternidad y la paternidad tempranas limitan las oportunidades laborales de las mujeres y los hombres a trabajos circunscritos a unas pocas ocupaciones y casi siempre son empleos no formales y poco remunerados.

El embarazo temprano afecta el potencial de desarrollo, el empoderamiento, la participación y el ejercicio de ciudadanía de las adolescentes. Así mismo las complicaciones que presentan estas pacientes en el embarazo, parto y puerperio, ponen en riesgo la salud de ellas y sus hijos, exponiéndolos a presentar secuelas a corto, mediano y largo plazo.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud nacional, que incrementa las brechas sociales y de género. Por ello, prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo a temprana edad, debe tomar importancia, implementando acciones integrales, mecanismos de atención profesionales, de alta calidad, con total cobertura, con el fin crear un modelo de atención específico, de acorde a sus necesidades, para así propiciar una reducción en la morbilidad y mortalidad que actualmente afecta a este sector poblacional.

El presente trabajo, permitirá conocer la situación actual, respecto al embarazo en adolescentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia (Unidad 112-A), demostrando la necesidad de crear un modelo de atención específico e integral en estas pacientes, dada la afluencia importante de estos embarazos y con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad a través de garantizar el acceso y la calidad de la atención.

1.4 HIPÓTESIS

La adolescencia que incluye el periodo de 10 a 19 años es un factor de riesgo para presentar complicaciones directas e indirectas en el embarazo, parto y puerperio, aumentando la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar las complicaciones que se presentan en las pacientes adolescentes embarazadas que son atendidos en Hospital General de México en el Servicio

de Ginecología y Obstetricia y su desenlace obstétrico y perinatal en dos grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales complicaciones maternas prenatales y perinatales en relación con el periodo de embarazo, atendidas en el Hospital y su relación entre 10 a 14 años y de 15 a 19 años.
- Determinar el desenlace obstétrico y perinatal en las adolescentes atendidas en los 2 grupos de edades.
- Generar un modelo de atención específica en adolescentes embarazadas en el Hospital General de México en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

2.- METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

2.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudió la población de pacientes adolescentes entre 10 a 19 años de edad, clasificadas por grupo etario de 10 a 14 y 15 a 19, que tuvieron la atención prenatal y resolución obstétrica en el Hospital General de México. Comparando con el resto de la población de mujeres embarazadas atendidas en el mismo periodo.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En el periodo de 01 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2018, se dio atención obstétrica a 615 pacientes adolescentes.

De las cuáles se encontró:

- En el rango de edad de 10 a 14 años: 23 pacientes.
- En el intervalo de edad de 15 a 19 años: 592 adolescentes.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres embarazadas de entre 10-19 años.
- Paciente que haya tenido resolución obstétrica en el HGM.

2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no presentaron resolución del embarazo en HGM.

2.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes en las que no se encontró el expediente en el archivo de la Unidad de Ginecología y Obstetricia.
- Pacientes en las que los expedientes se encontraban incompletos o con ausencia de información necesaria para su análisis.
- Pacientes donde la resolución obstétrica no haya sido en HGM.

2.7 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Tabla de operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Unidad de medición	Tipo de variable	Codificación
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Años	Cuantitativa	No aplica
Diabetes Gestacional	Intolerancia a los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina y que puede o no resolverse después de éste.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
Hipotiroidismo	Hipofunción de la tiroides en el embarazo	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
EHAE	Cifras tensionales están por encima de 140/90mm de mmHg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
RPM	Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
APP	Presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
RCIU	Incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
RN Macrosómico	RN con peso al nacer de 4,500 g o más	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
RN Con Malformación	RN con defecto primario, morfológico o estructural de un órgano, parte de un órgano o de una región mayor del organismo, resultante de un proceso de desarrollo intrínsecamente anormal.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
Tipo de Resolución	Manera en la que concluye el embarazo	No aplica	Cualitativa	1-parto 2-cesárea 3- aborto
Sepsis Puerperal	Infección del tracto genital que ocurre entre el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
Hemorragia Obstétrica	Pérdida sanguínea de origen obstétrico, postparto más de 500 ml y de más de 1000 ml en cesárea.	No aplica	Cualitativa	1-si 2-no
MPF	Conjunto de prácticas que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva en forma temporal o permanente.	No aplica	Cualitativa	1-Hormonal 2-DIU 3- OTB

2.8 RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se recabó la información del periodo comprendido entre 01 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2018, de todas las pacientes adolescentes con edad de 10 a 19 años y que tuvieron resolución obstétrica en el HGM.

La información estadística nos dio un total de 615, de los cuales se revisó el expediente clínico y se obtuvo información (antecedentes personales, patológicos y perinatales), la cual se introdujo en una base de datos, para su análisis.

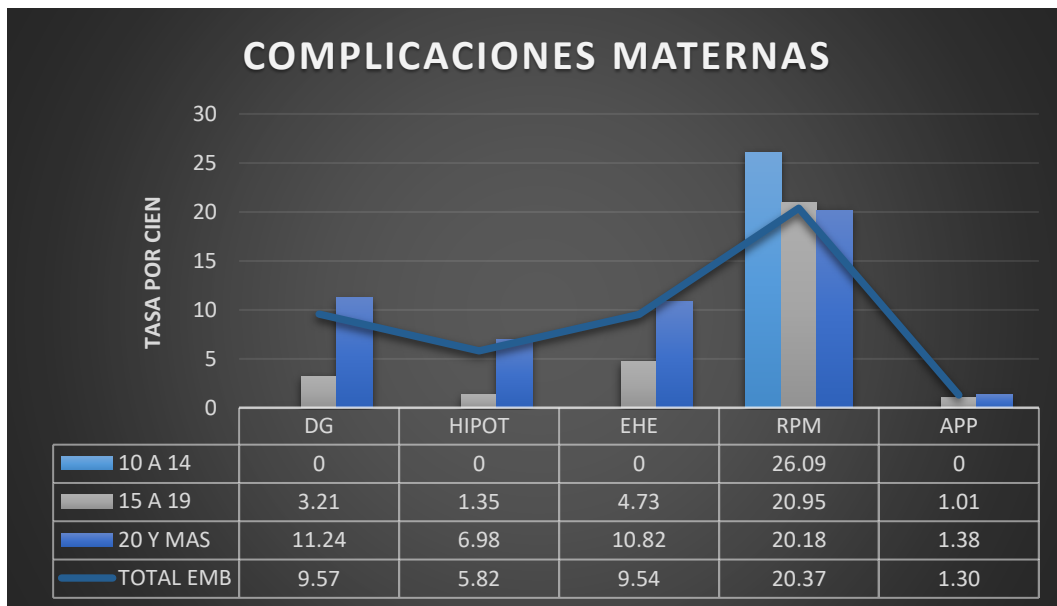
2.9 ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Se considera un estudio con riesgo nulo, de acuerdo al reglamento de investigación de la Ley General de Salud en su artículo 17, inciso I, es estudio realizado es sin riesgo, se utilizaron métodos de investigación retrospectivos, con revisión de expedientes clínicos, no se identifica al paciente. Se declara que no hay conflicto de intereses.

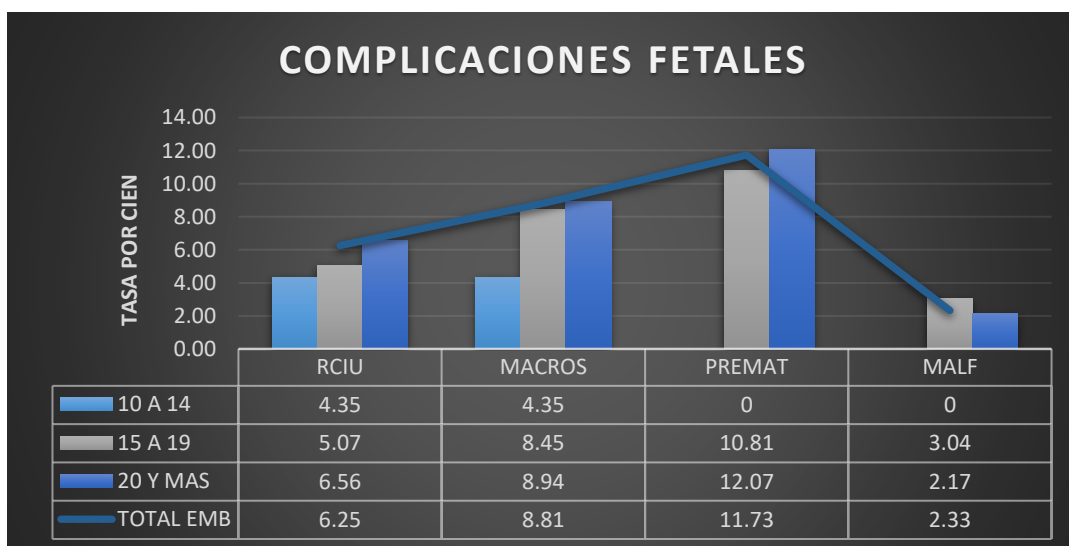
3.- RESULTADOS

De los 3009 nacimientos que se registraron en el 2018 se encontró que 615 corresponden a adolescentes, lo que representa el 20.43% de estos nacimientos.

Para el estudio se dividió la población en 2 grupos, el grupo de 10 a 14 años y el de 15 a 19 años. Se encontró que de las 615 pacientes incluidas en el protocolo, 23 pacientes (3.73%) pertenecen a las pacientes de 10 a 14 años, por otro lado en el grupo de 15 a 19 años se encontraron 592 pacientes, lo que representa 96.2%.



GRÁFICA I



GRÁFICA II

3.1 COMPLICACIONES MATERNAS

3.1.1 DIABETES GESTACIONAL

Se identificó una incidencia total de Diabetes Gestacional de 9.576%.

En pacientes de 20 años y más, la incidencia fue 11.24% y para el grupo de adolescentes de 3.09%.

Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no ocurrieron casos, lo que representó una incidencia de 3.21% en el grupo de 15 a 19 años.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	19	596	615	3.09
20 Y MAS	269	2125	2394	11.24
TOTAL	288	2721	3009	9.57

TABLA 1-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	0	23	23	0.00
15 A 19	19	573	592	3.21
TOTAL	19	596	615	3.09

TABLA 1-B



GRÁFICA 1

3.1.2 HIPOTIROIDISMO

En lo que respecta a este padecimiento, la incidencia global fue 5.82%.

En pacientes con edad de 20 años y más, la incidencia fue 6.98% y para el grupo de adolescentes de 1.30%.

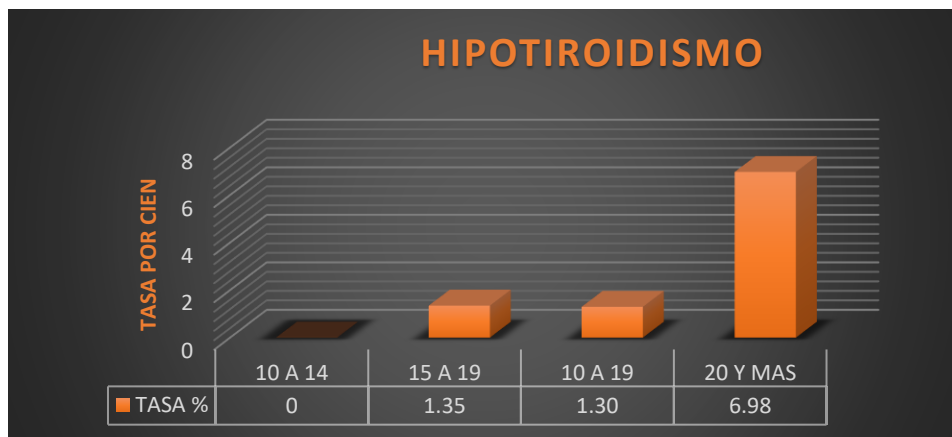
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no ocurrieron casos, la incidencia encontrada en pacientes de 15 a 19 años fue 1.30%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	8	607	615	1.30
20 Y MAS	167	2227	2394	6.98
TOTAL	175	2834	3009	5.82

TABLA 2-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	0	23	23	0
15 A 19	8	584	592	1.35
TOTAL	8	607	615	1.30

TABLA 2-B



GRÁFICA 2

3.1.3 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO

En las Enfermedades Hipertensivas a asociadas al embarazo, en donde se incluye: Hipertensión Gestacional, Preeclampsia, Preeclampsia severa, Eclampsia y Sx de HELLP, la incidencia total fue de 9.54%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 10.82% y para el grupo de adolescentes de 4.55%.

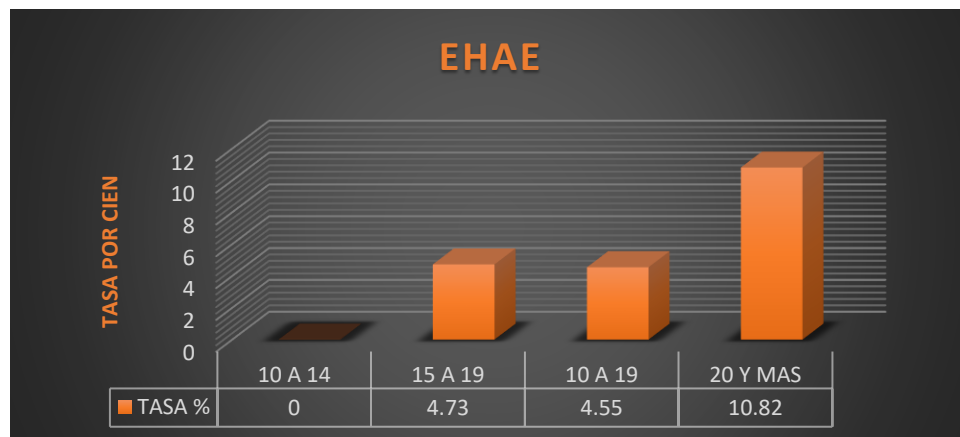
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no se encontraron casos, la incidencia encontrada en pacientes de 15 a 19 años fue 4.73%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	28	587	615	4.55
20 Y MAS	259	2135	2394	10.82
TOTAL	287	2722	3009	9.54

TABLA 3-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	0	23	23	0
15 A 19	28	564	592	4.73
TOTAL	28	587	615	4.55

TABLA 3-B



GRÁFICA 3

3.1.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMEBRANAS

En el estudio de esta complicación se observó una incidencia total de 20.37%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 20.18% y para el grupo de adolescentes de 21.14%.

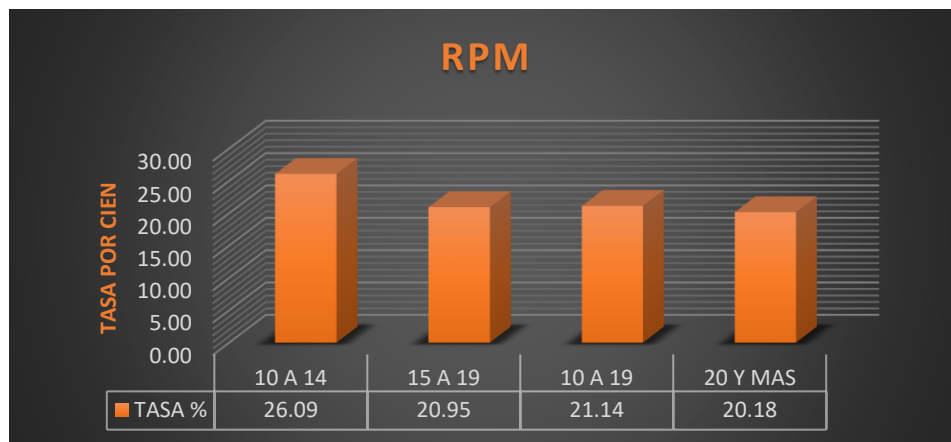
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años la incidencia observada fue de 26.09% superando la del grupo de 15 a 19 años que fue de 20.95%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	130	485	615	21.14
20 Y MAS	483	1911	2394	20.18
TOTAL	613	2396	3009	20.37

TABLA 4-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	6	17	23	26.09
15 A 19	124	468	592	20.95
TOTAL	130	485	615	21.14

TABLA 4-B



GRÁFICA 4

3.1.5 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Otra complicación analizada fue la Ruptura prematura e membranas, encontrando una incidencia total de 1.30%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 1.38% y para el grupo de adolescentes de 0.98%.

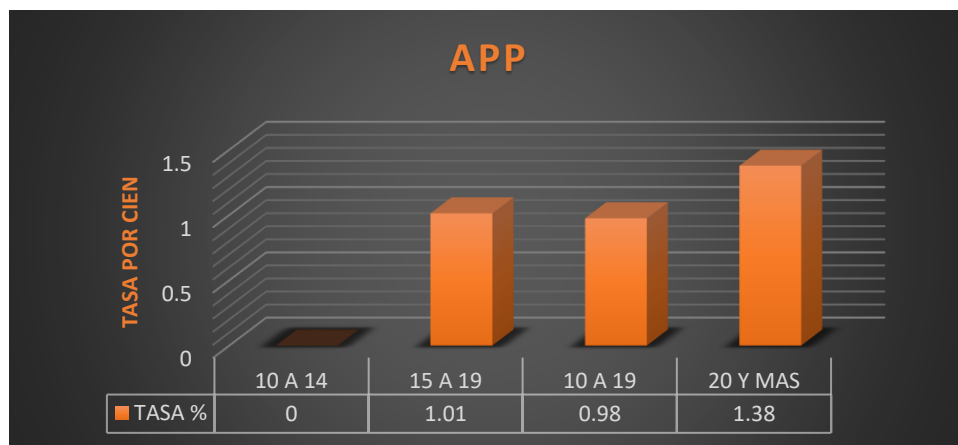
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no se identificaron casos, la incidencia del grupo de 15 a 19 años que fue de 1.01%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	6	609	615	0.98
20 Y MAS	33	2361	2394	1.38
TOTAL	39	2970	3009	1.30

TABLA 5-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	0	23	23	0
15 A 19	6	586	592	1.01
TOTAL	6	609	615	0.98

TABLA 5-B



GRÁFICA 5

3.2 COMPLICACIONES FETALES

3.2.1 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

En el estudio de esta complicación se observó una incidencia total de 6.25%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 6.56% y para el grupo de adolescentes de 5.04%.

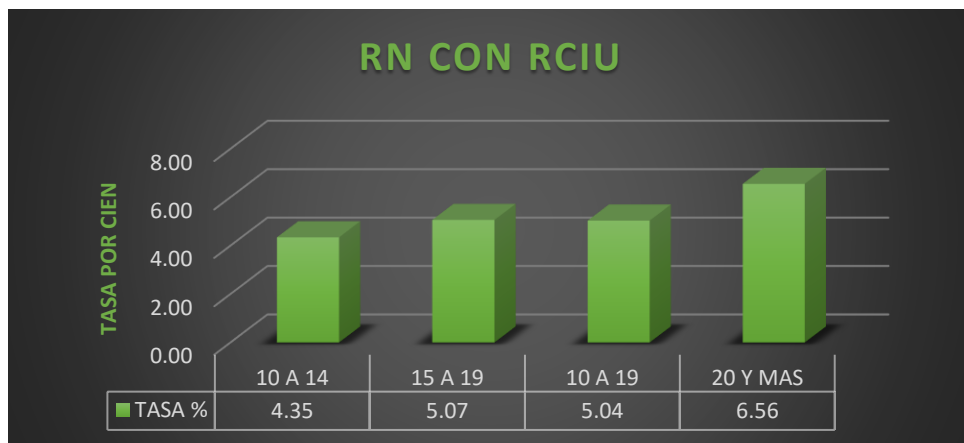
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años la incidencia observada fue de 4.35% superando la del grupo de 15 a 19 años que fue de 5.07%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	31	584	615	5.04
20 Y MAS	157	2237	2394	6.56
TOTAL	188	2821	3009	6.25

TABLA 6-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	1	22	23	4.35
15 A 19	30	562	592	5.07
TOTAL	31	584	615	5.04

TABLA 6-B



GRÁFICA 6

3.2.2 RECIÉN NACIDO MACROSOMICO

Otra complicación de nuestro interés, se encontró una incidencia total de 8.81%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 8.94% y para el grupo de adolescentes de 8.29%.

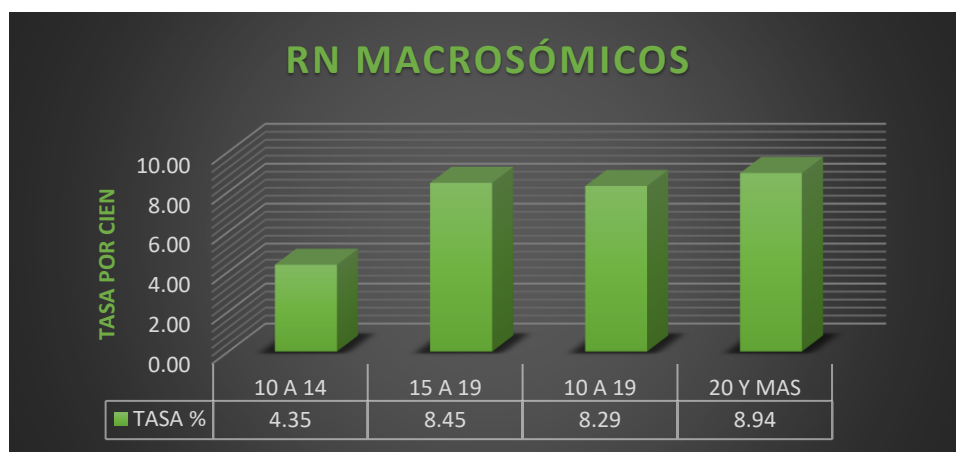
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años la incidencia observada fue de 4.35%, mientras que en el grupo de 15 a 19 años que fue de 8.45%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	51	564	615	8.29
20 Y MAS	214	2180	2394	8.94
TOTAL	265	2744	3009	8.81

TABLA 7-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	1	22	23	4.35
15 A 19	50	542	592	8.45
TOTAL	51	564	615	8.29

TABLA 7-B



GRÁFICA 7

3.2.3 RECIEN NACIDOS PREMATUROS

En este otro rubro estudiado, se observó una incidencia global de 11.73%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia encontrada fue de 12.07% y para el grupo de adolescentes de 10.41%.

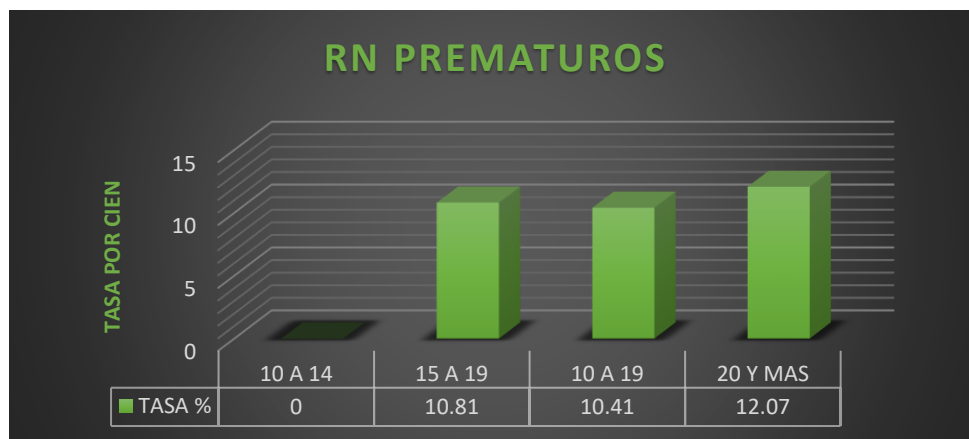
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no se identificaron casos, por otro lado, en el grupo de 15 a 19 años la incidencia fue de 10.81%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	64	551	615	10.41
20 Y MAS	289	2105	2394	12.07
TOTAL	353	2656	3009	11.73

TABLA 8-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	0	23	23	0
15 A 19	64	528	592	10.81
TOTAL	64	551	615	10.41

TABLA 8-B



GRÁFICA 8

3.2.4 RECIEN NACIDOS CON MALFORMACIÓN

En el estudio de recién nacidos con malformaciones, se encontró una incidencia total de 2.33%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia encontrada fue de 2.17% y para el grupo de adolescentes de 8.93%.

Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no se encontraron casos, por otro lado, en el grupo de 15 a 19 años la incidencia fue de 3.04%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	18	597	615	2.93
20 Y MAS	52	2342	2394	2.17
TOTAL	70	2939	3009	2.33

TABLA 9-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 a 14	0	23	23	0
15 a 19	18	574	592	3.04
TOTAL	18	597	615	2.93

TABLA 9-B



GRÁFICA 9

3.3 RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

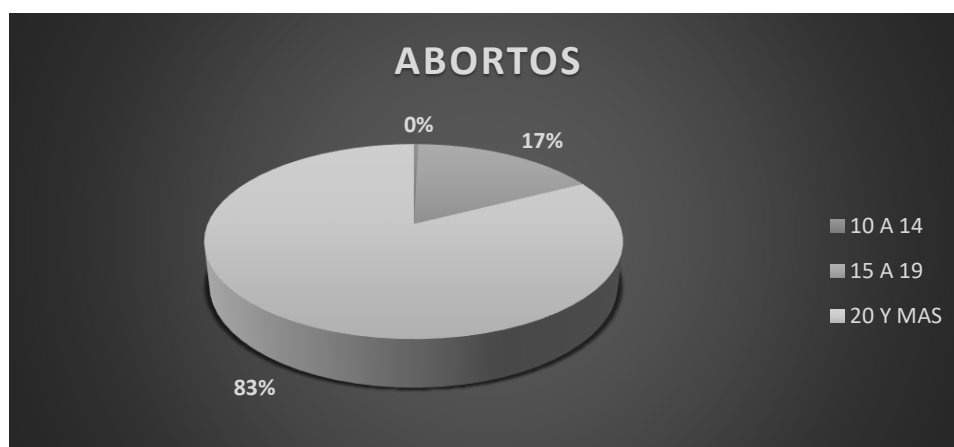
3.3.1 ABORTO

En el año 2018 se registraron un total de 241 casos de abortos, de los cuales 199 ocurrieron en pacientes con edad de 20 años y más, lo que representa el 82.57%, así mismo los casos encontrado en pacientes adolescente fueron 42 lo que se traduce en el 17.42%.

Dentro del grupo de adolescentes se identificaron 1 caso en pacientes de 10 a 14 años y 41 abortos en pacientes de 15 a 19 años, lo que se traduce en 0.41% y 17.01% respectivamente.

EDAD	ABORTOS	%
10 A 14	1	0.41
15 A 19	41	17.01
20 Y MAS	199	82.57
TOTAL	241	100

TABLA 10



GRÁFICA 10

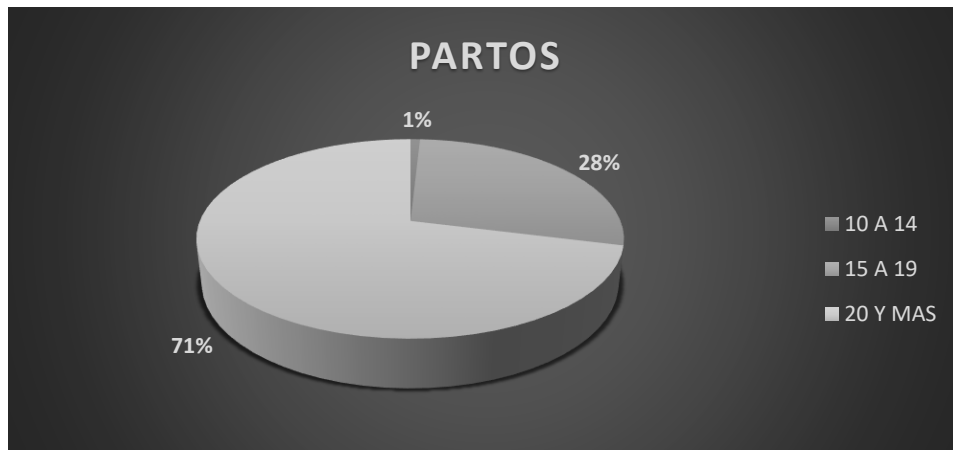
3.3.2 PARTO

Se registraron un total de 1754 partos, de los cuales 1247 ocurrieron en pacientes con edad de 20 años y más, lo que representa el 71.09%, así mismo los casos registrados en pacientes adolescente fueron 507 lo que se traduce en el 28.90%.

Dentro del grupo de adolescentes se identificaron 15 partos en pacientes de 10 a 14 años y 492 en pacientes de 15 a 19 años, lo que representa el 0.86% y 28.05% respectivamente.

EDAD	PARTOS	%
10 A 14	15	0.86
15 A 19	492	28.05
20 Y MAS	1247	71.09
TOTAL	1754	100

TABLA 11



GRÁFICA 11

3.3.3 CESÁREA

Se encontró registro de un total de 1384 cesáreas realizadas, de las cuales 1151 se realizaron en pacientes con edad de 20 años y más, lo que representa el 83.16%, así mismo los casos registrados en pacientes adolescente fueron 233 lo que se traduce en el 16.83%.

Dentro del grupo de adolescentes se identificaron 10 partos en pacientes de 10 a 14 años y 223 en pacientes de 15 a 19 años, lo que representa el 0.72% y 16.11% respectivamente.

EDAD	CESAREAS	%
10 A 14	10	0.72
15 A 19	223	16.11
20 Y MAS	1151	83.16
TOTAL	1384	100

TABLA 12



GRÁFICA 12

3.4 COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

3.4.1 SEPSIS

En este apartado se identificó una incidencia global de 0.37%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 0.42% y para el grupo de adolescentes de 0.16%.

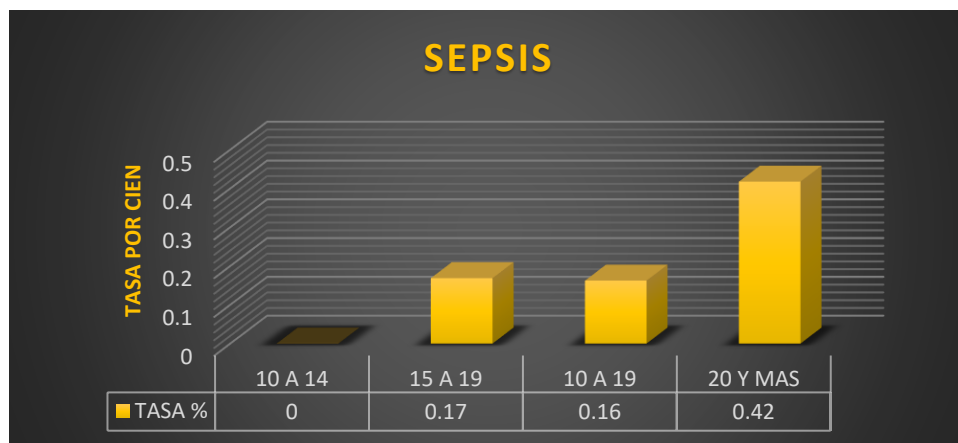
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años no se identificaron casos, la incidencia del grupo de 15 a 19 años que fue de 0.17%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	1	614	615	0.16
20 Y MAS	10	2384	2394	0.42
TOTAL	11	2998	3009	0.37

TABLA 13-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	0	23	23	0
15 A 19	1	591	592	0.17
TOTAL	1	614	615	0.16

TABLA 13-B



GRÁFICA 13

3.4.2 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

En el estudio de esta complicación se observó una incidencia total de 2.82%.

En pacientes con edad de 20 años y más la incidencia fue 2.46% y para el grupo de adolescentes de 4.23%.

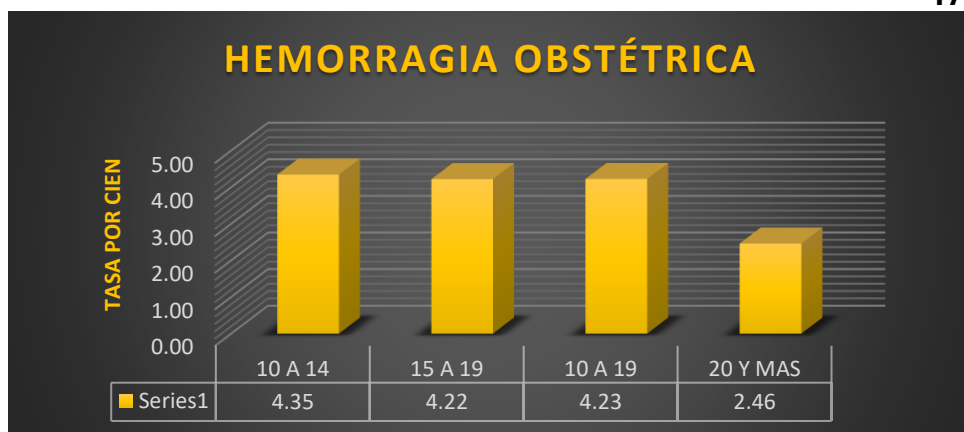
Dentro del grupo de adolescentes, en pacientes de 10 a 14 años la incidencia fue de 4.35% y el grupo de 15 a 19 años que fue de 4.22%.

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 19	26	589	615	4.23
20 Y MAS	59	2335	2394	2.46
TOTAL	85	2924	3009	2.82

TABLA 14-A

EDAD	SI	NO	TOTAL	TASA %
10 A 14	1	22	23	4.35
15 A 19	25	567	592	4.22
TOTAL	26	589	615	4.23

TABLA 14-B



GRÁFICA 14

3.5 METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En el análisis de planificación familiar, se hizo énfasis en 3 métodos: hormonales, dispositivo intrauterino y oclusión tubaria bilateral.

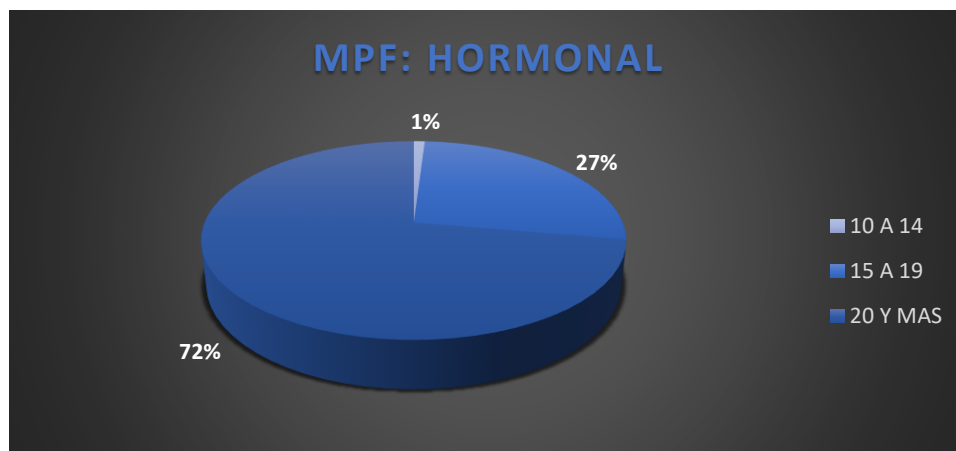
Se observó que del total de pacientes atendidas en HGM fueron 3009, 2106 hicieron uso de alguno de estos métodos, lo que representa el 69.99%

3.5.1 ANTICONCEPTIVO HORMONAL

El total de usuarias de este MPF fue 1013 pacientes de las cuales 10 (0.99%) tenían entre 10 a 14 años, 271 (26.75%) entre 15 a 19 años y 732 (72.26%) de 20 años y más.

EDAD	SI	%
10 A 14	10	0.99
15 A 19	271	26.75
20 Y MAS	732	72.26
TOTAL	1013	100

TABLA 15



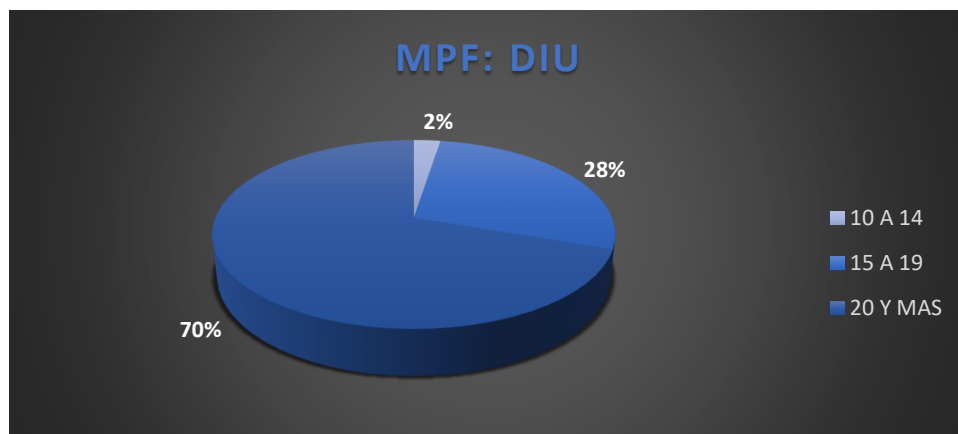
GRÁFICA 15

3.5.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El total de pacientes que optaron por este MPF fue 237 pacientes de las cuales 6 (2.53%) tenían entre 10 a 14 años, 66 (27.85) entre 15 a 19 años y 165 (69.62%) de 20 años y más.

EDAD	SI	%
10 A 14	6	2.53
15 A 19	66	27.85
20 Y MAS	165	69.62
TOTAL	237	100

TABLA 16



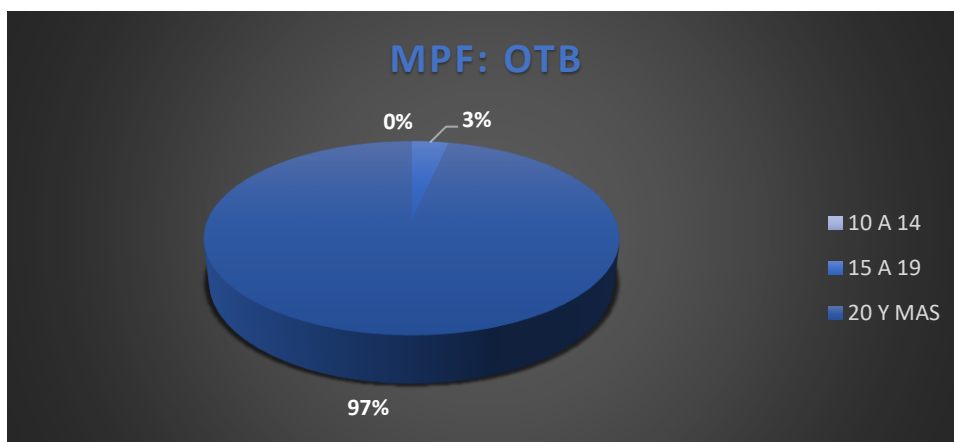
GRÁFICA 16

3.5.3 OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

El total de mujeres que decidieron optar por de este MPF fue 856 pacientes, de las cuales ninguna paciente entre 10 a 14 años hizo uso de este, por el contrario 29 (3.39%) adolescentes y 827 (96.61%) pacientes de 20 años y más, recurrieron a esta opción de planificación familiar.

EDAD	SI	%
10 A 14	0	0
15 A 19	29	3.39
20 Y MAS	827	96.61
TOTAL	856	100

TABLA 17



GRÁFICA 17

4.- CONCLUSIONES

Como conclusión se determina que el embarazo en adolescente es un problema de salud pública no solo en México, sino a nivel mundial, por lo cual es necesario orientar su prevención y atención a través de un modelo que genere equidad-igualdad para reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

En el presente estudio se determina que la edad es un factor importante para determinar los riesgos y complicaciones en el embarazo como resultado de este estudio, tenemos que el embarazo en adolescentes tiene mayor riesgo para Ruptura prematura de membranas y Hemorragia Obstetricia, comparativamente con las mayores de 20 años. Por lo cual debemos de generar las medidas preventivas y un modelo de atención de alta calidad para atender el embarazo en adolescentes.

El compromiso radica en la consecuencia de proteger la vida de calidad del recién nacido donde registramos que hay mayor riesgo durante la adolescencia de RN pretérmino y RN con malformaciones.

Por otra parte, la planificación familiar no es bien aceptada por las adolescentes, siendo que casi la mitad de ellas se egresan sin método de planificación familiar, probablemente por falta de conocimientos y orientación por parte del servicio.

La creación de una clínica de atención con enfoque de riesgo en esta población es una opción de disminuir las complicaciones que actualmente se presentan en esta población.

5.- PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNA CLINICA CON ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS

5.1 LÍNEAS DE ACCIÓN:

Promoción de estilos de vida saludables:

- Estimular el mantenimiento de las conductas saludables en los grupos de mayor riesgo, reforzando la información, los conocimientos y actitudes positivas para la prevención de la Morbilidad Materna severa y de la Mortalidad Materna, a través de mecanismos e instrumentos de difusión y según la necesidad y características de cada grupo vulnerable.

Enfoque a grupos de mayor vulnerabilidad

- Enfocar en audiencias específicas caracterizadas, como: mujeres con patología crónica previamente adquirida, de tipo órgano-funcional, mujeres con patología infecciosa previamente adquirida, mujeres con antecedentes de morbilidad materna severa en embarazos previos, mujeres con antecedentes obstétricos de riesgo y mujeres con determinantes sociales que incrementan el riesgo reproductivo.

Apoyo y compromiso social

- Generar un entorno social de apoyo en los diferentes niveles de atención y en las áreas de responsabilidad, para el desarrollo de las acciones de IEC, enfocadas a la atención pregestacional.

Participación ciudadana e intersectorial

- Las acciones de participación social, intersectorial, interinstitucional y participación comunitaria, deben ser elementos claves en la implementación de los planes estratégicos de IEC para el abordaje de la atención pregestacional, con el objetivo de disminuir la morbilidad materna severa y la mortalidad materna.

Diseño y elaboración del diagnóstico de las audiencias

- La ejecución de procesos educativos debe partir del análisis de la situación integral de salud actualizado de la audiencia objetivo, para conocer sus necesidades, condiciones de vida, costumbres, mitos y creencias, nivel de

conocimientos, problemas sociales y de salud; lo que debe permitir adaptar los mensajes educativos con un lenguaje apropiado y pertinencia de acuerdo a cada audiencia.

Medios de abordaje

- Los grupos de mayor vulnerabilidad y la población en general, deben ser provistos de información, educación y conocimientos para alcanzar las conductas deseadas en el abordaje de la atención pregestacional, para la prevención de la morbilidad materna severa y de la mortalidad materna, utilizando la comunicación interpersonal, grupal y medios de comunicación.

Sostenibilidad

- La gestión, el monitoreo y la evaluación continua de la estrategia de IEC deben garantizar su sostenibilidad y permanencia en los programas, proyectos, planes operativos locales en el abordaje de la atención pregestacional, tanto a nivel institucional como de otros sectores.

Los grupos específicos objeto de este manual, identificadas y seleccionadas en el proceso de

Información/Tamizaje, para otorgar educación integral en atención pregestacional son:

- 1) Mujer con antecedente de padecer patología crónica órgano funcional
- 2) Mujer con antecedente de padecer patología crónica infecciosa,
- 3) Mujer con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna severa,
- 4) Mujer con antecedente de factores de riesgo sociales identificados durante su vigilancia en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud.
- 5) Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo.

5.2 CAPACITACIÓN

La capacitación deberá estar dirigida a los tres niveles de atención dentro de la organización a saber: personal operativo, que es el grupo que se encargará de ejecutar las acciones directas con el público usuario; mandos medios y personal directivo dentro de las unidades aplicativas, que se encargarán de realizar las acciones dirigidas a modificar la organización dentro de la unidad a fin de facilitar

los procesos que se requieran para ejecutar el cambio y la alta dirección, que son los encargados de dictar políticas internas a fin de que las unidades aplicativas ejecuten las acciones que sean necesarias para que se realice el proceso de cambio en forma ordenada, adecuada y efectiva.

5.3 INSTRUMENTACIÓN OPERATIVA

Tamizaje y clasificación

Las unidades del tercer nivel de atención, cuentan con las áreas de consulta de alta especialidad o subespecialidades, y se deberán buscar en estas, a las mujeres en edad reproductiva que estén acudiendo a dicha consulta por alguna patología de base de los grupos que se han determinado. El tamizaje además de identificar a las pacientes portadoras de patología y en edad reproductiva, deberán identificar claramente a las no usuarias de método anticonceptivo de alta seguridad y eficacia.

Una vez que se han tamizado a estas pacientes, se deberán orientar para recibir atención pregestacional, donde se les identificara y clasificara como alto riesgo reproductivo; la asesoría-consejería relacionada con metodología anticonceptiva es prioritaria, para buscar la utilización de métodos de alta seguridad y eficacia, agregándose el identificador de duración.

Un alto porcentaje de estas pacientes tienen patologías con nivel de gravedad mayor y futuro incierto. La propuesta es control anticonceptivo y aseguramiento de la patología de base en control.

No se puede perder de vista que habrá pacientes que deseen embarazarse y para ello el apego estricto a los manejos será prioritario.

Evaluación y atención integral

La evaluación integral de la paciente con patologías de base de larga duración, o de alta complejidad corresponde al tercer nivel de atención, misma que se realiza de las pacientes identificadas por ellos mismos en su tamizaje, o por las pacientes que son referidas del segundo nivel de atención para su manejo integral.

La evaluación de la patología, deberá determinar la factibilidad o no de otorgar consejería relacionada con el hecho de buscar intencionadamente un embarazo.

La orientación específica de la asesoría-consejería, deberá estar básicamente en la utilización de métodos anticonceptivos de alta seguridad y eficacia y que además brinde protección a largo plazo. Una paciente que cumple con los requisitos para ser considerada en este grupo de riesgo, tiene de base una patología con complicaciones existentes o futuras que ponen en riesgo la función o la vida de la paciente en caso de someterse al evento que supone la gestación, (por ejemplo, las patologías neoplásicas o infecciosas crónicas como el Sida o la Tuberculosis). La orientación y comunicación con la paciente y su familia deberá estar orientada a desalentar la búsqueda de una gestación, más que a prepararla para tal evento.

El cuidado pregestacional puede contribuir a reducir el riesgo de trastornos genéticos y exposición ambiental, la reducción de la mortalidad materna e infantil, y mejorar la salud de la madre e infantil. Tiene también efectos potenciales para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en otras áreas de la salud pública, como la nutrición, la infertilidad, la salud mental, de la pareja, la violencia sexual y el uso y/o abuso de sustancias. Para el caso de la atención pregestacional, las intervenciones cuentan con una serie de recursos algunos de carácter normativo y cumplimiento obligatorio y otros de carácter consultivo avalados por la mejor evidencia disponible. Las intervenciones se refieren a los esfuerzos para modificar o eliminar factores de riesgo. Un factor de riesgo en relación con el estilo de vida puede ser cambiado, aunque puede considerarse un esfuerzo.

En el supuesto, que la paciente se encuentra en condiciones de hacer posible una gestación y ese es su deseo, el médico de la especialidad de tratamiento base, establecerá la comunicación con el servicio de Medicina Materno Fetal/ Perinatología, para propiciar conjuntamente el inicio de la gestación.

Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional en el tercer nivel de atención

El personal de salud realizará sesiones educativas, talleres, información y orientación a adolescentes, mujeres y hombres en edad fértil para la mejora continua de sus conocimientos, valores, actitudes, conductas sexuales y reproductivas, así como incentivar a la detección precoz y el tratamiento oportuno

de enfermedades, planificación familiar, y el registro y control de las acciones en las Cartillas Nacionales de Salud correspondientes

La enfermera será la responsable de:

- Toma y registro de peso, talla y medición de cintura para el cálculo de índice de masa corporal y valoración del estado nutricional, en caso de anemia u obesidad; se referirán al nutriólogo para manejo de acuerdo a NOM y a guías de práctica clínica.
- Toma y registro de signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial.
- Sensibilizar y dará consejería a la mujer en edad reproductiva de la importancia de mantener la patología crónica en control previo al embarazo.
- Sensibilizar y dará consejería a la mujer en edad reproductiva de los riesgos de la patología existente aunada al embarazo.
- De acuerdo a riesgo reproductivo se darán indicaciones y consejería específica de acuerdo a patología, realizando actividades apegadas a indicación médica, normativa oficial y guías de práctica clínica.

El médico Gineco-obstetra/ Médico tratante será el responsable de:

- Recepción y derivación a los servicios correspondientes de pacientes referidas del segundo nivel de atención con riesgo pregestacional.
- Aplicación del instrumento para valoración de riesgo pregestacional a pacientes cautivas.
- Una vez identificado el riesgo y si la paciente desea embarazo, se derivara al servicio requerido para manejo y control.
- Orientar sobre la utilización de métodos de planificación familiar, en caso de no desear embarazo se derivara al servicio de planificación familiar y a los servicios correspondientes para control y manejo apegados a guías de práctica clínica y normativa

5.4 INFRAESTRUCTURA

- Mobiliario
- Asiento para el médico;
- Asiento para el paciente y acompañante;

- Asiento para el médico en la exploración del paciente
- Banqueta de altura o similar;
- Báscula con estadímetro;
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico-infecciosos, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes.
- Guarda de medicamentos, materiales o instrumental.
- Mesa de exploración con pierneras.
- Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable.
- Mueble para escribir;
- Sistema para guarda de expedientes clínicos.
- Equipo
- Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que
 - requiera para su actividad principal;
- Estetoscopio biauricular
- Estetoscopio Pinard;
- Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional);
- Lámpara con haz direccionable;
- Negatoscopio
- Instrumental
- Caja con tapa para soluciones desinfectantes
- Espejos Graves chicos, medianos y grandes (opcional)
- Mango para bisturí
- Martillo percusor
- Pinza de anillos
- Atención Pregestacional
- Lineamiento Técnico
- Pinza de disección con dientes y sin dientes
- Pinza tipo mosquito

- Pinza para sujetar cuello de matriz (opcional)
- Pinza curva
- Portaaguja recto, con ranura central y estrías cruzadas
- Riñón de 250 ml o de mayor capacidad
- Tijera recta
- Torundero con tapa
- Varios
- Cinta métrica
- Termómetro clínico

6.- REFERENCIAS

www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

2.- ENAPEA. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2017.

3.- Organización Mundial de la Salud (2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Informe multimedia: www.who.int/adolescent/second-decade.

4.- Informe Ejecutivo. 2017

5.- www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

6.- Azevedo, J. P., Favara, M. Haddock, S.E. et al., Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington DC: Banco Mundial-LAC, PDF en Web, 2012.

7.- cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf

8.- Secretaría de Salud, Dirección General de información en Salud.

9.- Juárez, Fátima y Susheela Singh. "Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada." *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* (2013): 25–35.

10.- Schiavon, Raffaella, Erika Troncoso y Gerardo Polo. "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990–2008." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118 (2012): S78–S86.

11.- Valencia, J. y Schiavon, R. 2014. "Adolescentes invisibles: Embarazo en mujeres menores de 15 años en México". Enviado para publicación.

12.- Welti Chanes, Carlos. "La fecundidad en el Censo." *Este País* 11 de may. 2011: n. pág. Web. <http://estepais.com/>. 16 de junio 2014.

13.- Ramírez Pastrana Sandra I. Tesis: principales complicaciones obstétricas de la paciente Adolescente en el Hospital General de México. Enero 2019.

- 14.-Echarri, Carlos. "Sobre la maternidad precoz", México Social, Web, 01 de mayo de 2014. <http://www.mexicosocial.org>
- 15.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Consulta Interactiva, Conjunto de datos: Población femenina de 12 años y más", Censo de población y vivienda 2010. www.inegi.org.mx
- 16.-Welti Chanes, Carlos. "Madres adolescentes y derechos sexuales". México Social, Web, 01 de mayo de 2014. <http://www.mexicosocial.org/>
- 17.-Gaviria A., Silvia Lucía y Roberto Chaskel. "Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial." CCAP, 12.3 (2013): 5–16.
- 18.-<http://www.scp.com.co/>. 24 de Jun. 2014.
- 19.-Organización Mundial de la Salud. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent–friendly health services,OMS, Ginebra,Web,2012.
- 20.-www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/e/
- 21.-Global consultation on adolescent–friendly health services. A consensus statement. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 22.-Mundial de la Salud. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent–friendly health services, OMS, Ginebra, Web, 2012.
- 23.-Investigación en Salud y Demografía, S.C., 2011. "Hacia la documentación de estrategias para la atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente".
- 24.<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologiamaternaobstetrica/amenaza-parto-pretermino.html>.

7.-ANEXOS

7.1 GLOSARIO

Adolescencia: Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Aborto: Expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 500 g, o menos de 22 semanas de gestación (154 días de gestación), independientemente de la existencia o no de vida y de que el aborto sea espontáneo o provocado.

Amenaza de parto pretérmino (APP): Presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación.

Atención prenatal: Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.

Calidad de la atención en salud: Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

Cesárea: Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero.

Diabetes gestacional (DG): Intolerancia a los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina y que puede o no resolverse después de éste.

Embarazo de riesgo: Es aquel en el que la frecuencia de un acontecer adverso para la madre y/o el feto es mayor que el que existe en la población general.

Embarazo: Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo: Cifras tensionales están por encima de 140/90mm de mmHg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa.

Factor de riesgo: Se denomina así toda característica o circunstancia que va acompañada de un aumento de probabilidad de incidencia del hecho indeseado, sin que dicho factor intervenga necesariamente en su causalidad.

Hemorragia Obstétrica (HO): Pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min. La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea.

Hipotiroidismo: Enfermedad endocrina, causada por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas, principalmente por disminución en la síntesis y secreción de estas y ocasionalmente por resistencia periférica a las hormonas tiroideas.

Malformación: Defecto primario, morfológico o estructural de un órgano, parte de un órgano o de una región mayor del organismo, resultante de un proceso de desarrollo intrínsecamente anormal.

Método de planificación Familiar (MPF): Conjunto de prácticas que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva en forma temporal o permanente.

Muerte materna: Defunción ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna: Muerte de una mujer durante el embarazo o en el transcurso de los 42 días completos siguientes a la terminación de éste, independientemente de la duración y el lugar de la gestación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su asistencia, pero no por causas accidentales o incidentales.

Oportunidad de la atención: Prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

Parto pretérmino: Parto acaecido antes de las 37 semanas completas de gestación (menos de 259 días completos). El recién nacido se denomina neonato pretérmino.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

Parto: Expulsión o extracción, por cualquier vía, de un feto de 500 g o más de peso (o de 22 semanas o más de gestación, o de 25 cm o más de longitud), vivo o muerto.

Periodo perinatal: Etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

Período perinatal: I. Período perinatal I (OMS) Comprende desde la semana 28 (196 días) hasta el 7.º día de vida neonatal (168 h completas). En la práctica se usa como límite inferior el criterio ponderal de los 1.000 g de peso. II.

Período perinatal II (FIGO-OMS) Comprende desde la semana 22 (154 días) hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días). En la práctica se usa como límite inferior el criterio ponderal de los 500 g de peso. La primera definición se utiliza para calcular la tasa de mortalidad perinatal estándar o internacional, y la segunda, para calcular la tasa de la mortalidad perinatal ampliada.

Puerperio normal: Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU): Incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo con las condiciones propias de la gestación y del entorno.

Riesgo: Es la probabilidad teórica de que se produzca un suceso determinado (daño, enfermedad, accidente). En la práctica, se estima el riesgo o la probabilidad de que una enfermedad ocurra a través de las tasas de incidencia (o frecuencia) y prevalencia.

RN Macrosómico: Recién nacido con peso al nacer de 4,500 g o más.

Ruptura prematura de membranas (RPM): Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

Sepsis puerperal: Infección del tracto genital que ocurre entre el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto y la presencia de uno o más de los siguientes datos: clínicos: Dolor pélvico, Flujo vaginal anormal, Flujo fétido transvaginal, Retardo en la involución uterina y Fiebre.

Servicio Amigable: Espacio o lugar donde se proporciona atención con calidad, considerando su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez y con estricto apego a lo previsto en esta Norma y en las demás disposiciones aplicables, a las personas de este Grupo Etario, para contribuir a que tomen decisiones libres, responsables e informadas en materia de salud sexual y reproductiva. Se caracteriza porque la atención se proporciona por personal empático, sensibilizado y capacitado; en un clima de confidencialidad y privacidad, con trato digno, equitativo y respetuoso, sin discriminación de ningún tipo, respetando los derechos humanos, particularmente los sexuales y reproductivos, con perspectiva de género y considerando su pertenencia cultural.